FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N° 18

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Février 1905, à 1 heure

PAR

Albert-Emile ARNAL

Luxations Trapézo-Métacarpiennes

Président : M. BERGER, *professeur*

Juges : MM. POIRIER, *professeur*
HARTMANN et MORESTIN, *agrégés*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15
1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Je le prie de bien vouloir agréer tous mes remerciements pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

Luxations Trapézo-Métacarpiennes

INTRODUCTION

En parlant de la luxation trapézo-métacarpienne, nous sommes loin d'aborder un sujet nouveau ; d'autres avant nous, et, tout récemment encore M. Chancel (juillet 1904), ont étudié cette question avec le plus grand soin.

Toutefois, ayant observé dans le cours de nos études médicales, deux cas de luxation trapézo-métacarpienne et ayant eu la chance de les voir traiter chirurgicalement, ce qui à notre connaissance n'avait jamais été fait antérieurement, nous avons cru devoir choisir cette lésion comme sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons insisté un peu longuement sur la description anatomique de l'articulation, jugeant que cette étude ne peut que servir à éclairer la question.

Le traitement nous a également arrêté quelques

instants, et cela se conçoit aisément, puisque nous y décrivons une méthode nouvelle.

Il nous reste maintenant un devoir à remplir : nos deux amis René Lemaître et Victor Delaunay nous ont, le premier, indiqué le sujet de notre thèse, le second, aidé dans nos recherches de ses conseils éclairés ; c'est là une preuve de plus de l'amitié qui nous unit depuis plus de dix ans ; qu'ils reçoivent ici l'assurance de notre gratitude et de notre profonde affection.

HISTORIQUE

Ambroise Paré indique le premier l'existence des luxations trapézo-métacarpiennes, et, c'est sans préciser la question, que l'abordent ensuite Laurent Verduc, Du Verney, J. L. Petit, Manne et Callisen.

Boyer (1814), publie la première observation que nous possédions. Plus tard Bérard (1845), Malgaigne (1855), étudient à leur tour la lésion et apportent de nouvelles observations.

Puis viennent les noms de Foucher, Astley Cooper, Gérin Roze, Gosselin, Hamilton, Salètes, Tillaux.

Citons enfin les remarquables observations de Blum, dans son ouvrage sur la Chirurgie de la main, de Nélaton et Cahier dans les Traités de Chirurgie, et les thèses de Pellerin, Carayon, Girard, Carette et Chancel, qui, le premier, signale l'existence des luxations en dehors.

ANATOMIE

Articulation trapézo-métacarpienne.

Nous étudierons successivement l'anatomie de l'articulation, ses rapports, sa physiologie.

1° *Anatomie.*

L'articulation trapézo-métacarpienne est *le type de l'articulation par emboîtement réciproque.*

Nous lui décrirons des surfaces articulaires, des moyens d'union, une synoviale, des vaisseaux et des nerfs.

A. — *Surfaces articulaires.* — Elles appartiennent, en haut au trapèze, en bas à l'extrémité supérieure du premier métacarpien. Nous étudierons en détail ces portions osseuses, jugeant qu'il nous sera plus facile ainsi de bien présenter l'articulation et de préciser ses rapports.

a) *Trapèze.* — Il est de forme tout à fait mal

définie, que l'on a l'habitude d'appeler cuboïdale ; on peut lui décrire de ce fait six faces dont les limites sont, en général, bien mal définies.

La face supérieure répondant au scaphoïde ne nous intéresse pas ; il en est de même de l'interne (postéro-interne), par laquelle l'os entre en contact avec le trapézoïde et le deuxième métacarpien.

La face antérieure (antéro-interne) offre comme particularité une apophyse saillante, allongée verticalement, présentant sur sa face interne une gouttière dans laquelle glisse le tendon du grand palmaire. En bas et en dedans de cette apophyse s'observe un petit tubercule osseux.

La face externe (antéro-externe) est inégale et rugueuse.

La face postérieure (postéro-externe) présente une partie moyenne déprimée et, latéralement, deux tubercules, l'un externe, petit et saillant, l'autre interne, large et étalé.

Quant *à la face inférieure* entièrement revêtue de cartilage hyalin, elle constitue la facette supérieure de l'articulation trapézo-métacarpienne : de forme vaguement quadrilatère, elle est longue et concave transversalement, étroite et convexe antéro-postérieurement. Remarquons, en terminant cette description, que notre surface articulaire est bordée en avant et, plus nettement encore en arrière, par un sillon, qui s'interrompt somme toute uniquement au niveau des très étroites faces latérales de l'os : il est étonnant que l'on ne trouve pas décrit dans les trai-

tés d'anatomie ce sillon qui, très nettement visible dans l'immense majorité des cas, donne insertion, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, à la capsule articulaire trapézo-métacarpienne.

b). *Extrémité supérieure du premier métacarpien.* — Pyramide quadrangulaire tronquée à sommet inférieur se continuant avec le corps de l'os, elle a comme base une facette articulaire répondant à celle du trapèze, mais beaucoup plus étendue qu'elle.

Cette facette large et *convexe transversalement,* présente, contrairement à la surface trapézienne, une notable étendue dans sa *concavité antéro-postérieure.* Cette disposition résulte de la présence d'une apophyse antérieure saillante, dont toute la face supérieure appartient à la facette articulaire. Par sa face antérieure, cette apophyse répond à la face correspondante du métacarpien et présente à sa base un tubercule assez prononcé (C'est improprement qu'on donne au métacarpien une face antérieure ; c'est antéro-interne qu'il faudrait dire ; cette donnée est d'ailleurs applicable à toutes les faces de l'os, et il en est de même pour le trapèze ; nous continuerons, ainsi que nous l'avons fait jusqu'ici, à indiquer entre parenthèses la dénomination que devrait avoir chacune de ces faces osseuses).

La face postérieure (postéro-externe) se termine en haut par une surface arrondie, présentant trois petits tubercules, l'un médian, les deux autres latéraux; ces derniers appartiennent aussi aux étroites

faces interne (postéro-interne) et externe (antéro-externe).

De même que nous signalions tout à l'heure un sillon osseux autour de la facette articulaire trapézienne, de même, nous en trouvons un visible sur presque tout le pourtour de la facette métacarpienne et donnant lui aussi attache à la capsule.

B. — *Moyens d'union.* — Ils sont d'une simplicité grande.

a) *La capsule* s'attache sur le pourtour des deux surfaces articulaires ; dans tous les points où existent les deux sillons que nous avons étudiés, c'est à leur niveau que se fait l'insertion;

b) *Les faisceaux de renforcement* sont si peu accusés que peu d'auteurs les décrivent ; avec le professeur Poirier, nous dirons :

En dedans : à peine quelques fibres de renforcement.

En dehors : capsule très mince, suppléée par le tendon du long abducteur du pouce que nous retrouverons tout à l'heure.

En avant : quelques fibres, allant de la face antérieure du trapèze au tubercule médian de la face antérieure du métacarpien, consolident la capsule.

En arrière, existe le seul véritable ligament de l'articulation ; fort et long, il va du tubercule externe de la face postérieure trapézienne au tubercule médian de la face métacarpienne correspondante ; Poirier l'appelle ligament postéro-externe.

C. — *Synoviale.* — La synoviale double la capsule ; elle est lâche et présente quelques franges au

niveau de l'interligne articulaire. Elle communique assez fréquemment, ainsi que nous le verrons à l'étude des rapports, avec la bourse séreuse du long abducteur du pouce.

D. — *Vaisseaux et nerfs.* — a). *Artères :* petites, ramuscules venant de la radiale.

b). — *Veines:* vont à la céphalique du pouce.

c). — *Nerfs :* viennent d'un rameau de l'inter-osseux dorsal du premier espace (Radial), après anastomose avec rameaux perforants de la branche palmaire profonde du cubital.

2° *Rapports.*

L'articulation trapézo-métacarpienne présente dans son ensemble, ainsi que notre description a déjà pu l'indiquer, une sorte d'inclinaison en avant et en dedans, faisant que ses faces sont antéro-interne, antéro-externe, postéro-interne et postéro-externe ; nous leur donnerons donc cette appellation, de préférence aux dénominations classiques d'antérieure, externe, interne et postérieure.

Dans l'étude des rapports, que nous commençons maintenant, nous insisterons surtout sur la face postéro-externe, car c'est de ce côté qu'on aborde chirurgicalement l'articulation trapézo-métacarpienne.

A. — *Face antéro-interne* (antérieure). — Laissée en dehors par le tendon du grand palmaire, elle est recouverte par *les muscles de l'éminence thénar.* Pour être plus précis, on peut dire qu'elle répond

presque uniquement à *l'opposant*, qui, prolongé en dedans par le court fléchisseur du pouce (bien peu en rapport, celui-là, avec notre articulation), est recouvert par le court abducteur du pouce, qu'il déborde en dehors comme le court fléchisseur le déborde en dedans.

B. — *Face antéro-externe* (externe). — Très superficielle et d'ailleurs très peu étendue, elle répond à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané; elle n'est guère intéressante que par le tendon du long abducteur du pouce ; mais, comme il est aux confins de la face postéro-externe, nous l'étudierons tout à l'heure avec elle.

C. — *Face postéro-interne* (interne). — Cette face répond à *du tissu cellulo-graisseux*, à des faisceaux musculaires, à l'artère radiale.

a) *Le tissu cellulo-graisseux* ne présente là rien de particulier.

b) *Les faisceaux musculaires* dépendent, et du premier interosseux dorsal, et de cette portion de l'adducteur du pouce que Poirier et Heule, ont, à juste titre, isolée sous le nom de premier interosseux palmaire. Etudier ces muscles en détail entre d'autant moins dans notre cadre que leurs rapports avec notre articulation sont peu importants.

Le premier interosseux dorsal est en rapport avec l'article par ses origines supérieures ; est surtout à signaler, un faisceau partant du tubercule externe de la face postérieure du trapèze et allant au chef interne du muscle.

Le *premier interosseux palmaire*, situé évidemment en avant du précédent, nous intéresse surtout par un chef accessoire, né d'une arcade fibreuse, qui va du tubercule inféro-interne de la face antérieure du trapèze à la face dorsale du premier métacarpien et à la base du deuxième, et cravate ainsi de façon étroite le contour interne de l'articulation trapézo-métacarpienne.

L'*artère radiale*, venue de la face postéro-externe, où nous la retrouverons tout à l'heure, est un rapport important; elle est en effet toute proche de la jointure, filant vers la paume de la main en traversant la partie supérieure de l'espace interosseux, après avoir passé sous un arc fibreux qui relie les deux faisceaux d'origine du premier interosseux dorsal.

D. — *Face postéro-externe* (postérieure). — La face postéro-externe est en rapport avec la partie inférieure de la petite région appelée tabatière anatomique; ainsi que nous l'avons déjà indiqué plus haut, c'est à ce niveau qu'on aborde opératoirement l'articulation trapézo-métacarpienne; de là, la nécessité de donner quelques détails sur ce coin d'anatomie.

Lorsque l'on porte le pouce en abduction forcée, on aperçoit sur le bord externe de la main, au-dessous de la saillie de l'extrémité inférieure du radius, une dépression triangulaire à base supérieure, limitée latéralement par deux cordes (très saillantes chez les gens maigres) se rejoignant vers la base du pouce: c'est à cette dépression que les anatomistes ont donné le nom de tabatière anatomique.

a) Le *couvercle* de cette petite région est formé par la peau, innervée par des filets venus du rameau externe de la branche antérieure du radial et du rameau terminal postéro-externe du nerf musculo-cutané.

b) *Le fond* est osseux; il est représenté successivement de haut en bas par la scaphoïde, l'articulation scapho-trapézienne, le trapèze, l'articulation trapézo-métacarpienne.

c) *En haut*, la tabatière se termine au niveau de la saillie que forme l'extrémité inférieure du radius, continuée par la styloïde; c'est juste en dessous de cette apophyse que la région présente la plus grande profondeur.

d) *En dedans*, elle est limitée par le *tendon du long extenseur du pouce*, qui, oblique en bas et en dehors, a auparavant croisé les tendons des radiaux et va ensuite longer le bord cubital de la face dorsale du premier métacarpien.

e) *En dehors*, la limite est formée par les *tendons unis du court extenseur et du long abducteur du pouce*.

Le *long abducteur*, sorti du canal ostéo-fibreux formé par la face externe de la styloïde radiale et le ligament carpien, glisse sur la face postéro-externe du trapèze et de l'articulation trapézo-métacarpienne et va s'insérer, en s'épanouissant, au tubercule que nous avons signalé à l'union des faces postéro-externe et antéro-externe de l'extrémité supérieure métacarpienne; il a parfois, au préalable, abandonné un

petit tendon au tubercule externe de la face postérieure du trapèze.

La gaîne synoviale de l'abducteur descend en moyenne jusqu'à un centimètre de son insertion.

Le tendon est toujours pourvu, près de son point d'attache, d'une bourse séreuse qui, longue de 15 millimètres et large de 7 millimètres, communique, dans la moitié des cas, avec la synoviale de l'articulation trapézo-métacarpienne.

Le *court extenseur du pouce*, qui va s'insérer à la première phalange, est accolé au précédent et en dedans de lui ; une petite cloison fibreuse les sépare. La synoviale descend assez fréquemment jusqu'à la trapézo-métacarpienne.

f). Il nous reste à décrire le contenu de la *tabatière anatomique ;* cette étude est très simple et peut se résumer ainsi : deux loges de tissu cellulo-graisseux, séparées par un feuillet aponévrotique assez résistant, *l'aponévrose dorsale de la main.*

La loge superficielle, sous-cutanée contient la *veine céphalique du pouce,* qui, cheminant dans la tabatière anatomique de bas en haut, s'unit vers sa partie moyenne avec la première veine métacarpienne (venue du bord externe de l'index) pour former l'origine principale de la veine radiale superficielle.

La *loge profonde, sous-aponévrotique,* contient un organe important, l'artère radiale : elle entre dans la région à sa partie supérieure, en passant entre le ligament latéral externe radio-carpien et les tendons accolés du long abducteur et du court

extenseur, traverse obliquement la région et, plus bas, la quitte, en passant sous le tendon du long extenseur du pouce, pour gagner ensuite l'extrémité supérieure du premier espace interosseux où nous l'avons signalée plus haut. En parcourant la région, elle laisse échapper deux branches, la dorsale du pouce, qui va descendre le long de la face postéro-externe du métacarpien, et la dorsale du carpe, qui file en dedans.

Telle est la petite région appelée tabatière anatomique ; *c'est uniquement par sa partie inférieure qu'elle répond à notre articulation,* mais, encore une fois, il nous a paru utile d'insister, parce que sa connaissance est profitable pour l'abord chirurgical de la trapézo-métacarpienne.

3° *Physiologie.*

Les mouvements de l'articulation trapézo-métacarpienne sont très étendus ; nous étudierons successivement l'adduction, l'abduction, l'extension, la flexion, l'opposition et la circumduction.

A. — *L'adduction*, à laquelle préside le puissant muscle adducteur du pouce, est rapidement limitée par la rencontre du deuxième métacarpien ; fatalement, elle diminue la largeur du premier espace interosseux, dont les muscles viennent faire saillie aux faces palmaire et dorsale de la main.

B. — Au contraire *l'abduction* amincit l'espace

interosseux, en même temps qu'elle augmente sa surface ; ce mouvement d'abduction est assez étendu et permet, chez la majorité des individus, d'amener le pouce à angle droit avec le bord externe prolongé de l'index.

C. — *L'extension* peut être amenée environ au même degré que l'abduction ; ces deux mouvements sont d'ailleurs bien souvent combinés dans le jeu de l'articulation.

D. — *La flexion*, de par cette disposition de l'article que nous avons signalée aux rapports (face antéro-interne etc...) se fait, non pas en avant, mais en avant et en dedans ; elle est assez limitée dans la trapézo-métacarpienne, parce que l'apophyse du métacarpien rencontre vite l'apophyse antérieure du trapèze, mais le mouvement se continue dans la scapho-trapèzienne et, poussé à fond, amène le pouce en opposition avec le cinquième doigt.

E. — *Opposition*. Cruveilhier avait bien vu que la flexion amenait l'opposition : ce dernier mouvement ne devient, en effet, une combinaison de la flexion et de l'adduction que lorsque l'opposition a lieu avec les deuxième, troisième et quatrième doigts.

Résumons-nous, en précisant, car l'opposition est de beaucoup le plus important des mouvements de l'article trapèzo-métacarpien.

a). *L'opposition du pouce au cinquième doigt est amenée par flexion simple.*

b). *L'opposition du pouce aux deuxième, troisième*

et quatrième doigts est amenée par flexion combinée avec adduction.

F. — *Circumduction.* Quant au peu intéressant mouvement de circumduction, il n'est qu'une combinaison de tous les autres.

VARIÉTÉS, ÉTIOLOGIE, MÉCANISME

1° *Variétés.*

Théoriquement, le métacarpien peut se luxer en avant, en dehors et en arrière. La luxation en dedans seule est impossible, parce que le deuxième métacarpien empêche tout déplacement de ce côté.

Pratiquement, on n'a guère observé que des luxations en arrière ; le cas de luxation en avant cité par Astley Cooper est douteux ; quant aux luxations en dehors, elles sont très rares, ainsi que le prouve ce fait qu'elles sont restées ignorées jusqu'à la récente thèse de Chancel.

Disons de suite que les luxations peuvent être complètes ou incomplètes.

2° *Etiologie et mécanisme.*

La luxation trapèzo-métacarpienne est rare, et on n'en peut collecter jusqu'à ce jour que trente-cinq observations. Tillaux est peut-être le seul auteur qui la trouve relativement fréquente.

On la trouve plus souvent chez l'homme que chez

la femme, à la main droite qu'à la main gauche, homme et main droite étant plus exposés aux traumatismes. La profession a bien son importance, puisque dans deux des trois observations que nous apportons, le blessé était un sculpteur, ce qui s'explique par ce fait que les gens de ce métier se servent de la partie thénarienne de la main pour frapper sur le burin. Cette remarque n'a d'ailleurs d'intérêt que dans les luxations directes.

Les luxations trapèzo-métacarpiennes sont, en effet, ou *directes*, ou *indirectes*.

Les *luxations directes*, un peu moins nombreuses que les autres, résultent toutes d'un choc portant au niveau de l'éminence thénar et tendant par conséquent à projeter le métacarpien en arrière ; il s'agit toujours, en effet, dans les luxations directes de déplacements postérieurs. Le choc thénarien peut être dû, soit à une chute dans laquelle la main porte sur cette région, soit à l'action d'un corps venant heurter la main à l'endroit incriminé.

Les *luxations indirectes* sont dues à des traumas portant sur le pouce et, fréquemment, c'est d'une chute qu'il s'agit. Quoiqu'il en soit, le pouce est toujours porté dans une attitude forcée qui est, soit l'extension combinée à l'abduction, soit la flexion combinée à l'adduction.

Le premier cas est, par exemple, celui d'un individu tombant en arrière et se recevant sur la main étendue ; le mécanisme de la luxation est alors le suivant : l'extrémité supérieure du métacarpien, suivant

une direction inverse de celle de l'extrémité inférieure, voudrait s'évader en avant ou en dedans ; mais en avant, les muscles thénariens tendus la gênent et en dedans, le second métacarpien apporte un obstacle invincible ; elle s'échappe alors soit en dehors, soit le plus souvent en arrière. Il nous semble à ce sujet, bien que les observations ne le notent point, que la luxation en dehors ne peut guère avoir lieu que dans l'extension forcée, attitude autrement rare d'ailleurs que la combinaison de l'extension et de l'abduction ; l'adduction, s'ajoutant à l'extension forcée, faciliterait encore la luxation en dehors et la rendrait même presque fatale, mais un simple coup d'œil jeté sur une main montre de suite combien cette attitude est difficilement réalisée.

Le cas de flexion et d'adduction forcées est net lorsque, par exemple, le poing fermé, avec pouce à l'intérieur de la main, est violemment projeté sur un obstacle ; l'extrémité supérieure est alors sollicitée à s'évader en arrière.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Jusqu'ici personne n'a étudié avec plus de soin, ni décrit avec plus de précision, les lésions anatomo-pathologiques que Girard dans sa thèse de 1885 : n'ayant que des données bien insuffisantes par les cas de Foucher et de Gerin-Roze, les seuls où l'examen post mortem ait pu être pratiqué, il a suppléé à ce manque de documents par d'intéressantes expériences sur le cadavre. Nous allons indiquer à quelles conclusions il a pu arriver, et nous dirons ensuite ce qu'il nous a été permis d'observer, au cours des interventions chirurgicales auxquelles nous avons eu la chance d'assister.

Les lésions sont différentes suivant que les luxations sont incomplètes ou complètes.

Dans les luxations incomplètes, la saillie que forme l'extrémité métacarpienne laisse en dedans d'elle le tendon du long extenseur, tandis qu'elle soulève ceux du long abducteur et du court extenseur. L'artère radiale, rejetée en dedans, contourne l'os qui l'écarte et n'est séparée de lui que par la capsule. *L'appareil ligamenteux de l'articulation est intact*, et c'est là un

point intéressant ; pourvu normalement d'une grande laxité, il a été tiraillé, mais pas déchiré, et même, la tension, assez forte en avant, n'est pas des plus accentuées en arrière. Reste à définir la position des deux os l'un par rapport à l'autre ; nous savons que la surface articulaire trapézienne est convexe antéro-postérieurement et présente, par conséquent, un versant antérieur et un versant postérieur, séparés par une crête mousse : dans la luxation incomplète, le sommet de l'apophyse antérieure métacarpienne repose sur le versant antérieur trapézien.

Dans les luxations complètes, l'apophyse vient en contact avec la face postérieure du trapèze, mais elle remonte peu le long de cette face, ce qui s'explique facilement par ce fait que la capsule, rompue en avant, est restée intacte en arrière, arrêtant ainsi le métacarpien dont l'apophyse ne dépasse souvent pas la ligne d'insertion capsulaire. Inutile d'ajouter que, dans ce cas, les fibres postérieures, de même d'ailleurs que le tendon du long abducteur, sont dans un état de tension très prononcé.

L'éclatement capsulaire postérieur n'existe-t-il donc pas ? Si, répond Girard, mais seulement lorsqu'il s'agit d'un traumatisme considérable et non limité à l'articulation, tel, par exemple, le cas du malade de Foucher, qui avait reçu un coup de fusil dans la main.

Telles sont les données apportées par Girard dans sa consciencieuse étude ; qu'il nous soit maintenant

permis de résumer les lésions des deux cas de luxation récidivante que nous avons observés.

Dans l'un, il s'agissait d'une luxation d'abord incomplète, qui secondairement s'était transformée en luxation complète ; à l'incision, on trouva la capsule intacte en avant comme en arrière ; l'articulation contenait une assez notable quantité de liquide. Le peu de lésions capsulaires observées semble explicable par ce fait que la luxation était d'abord incomplète : petit à petit, la capsule tiraillée permit probablement, sans pour cela s'arracher, le déplacement complet de l'extrémité métacarpienne.

Dans le second cas, qui fut d'emblée une luxation complète, les lésions sont toutes différentes de celles qu'a décrites Girard ; on trouve en effet la capsule intacte en avant et latéralement, tandis qu'en arrière, elle présente un aspect des plus intéressants : quelques rares brides subsistent encore, restes de la capsule tendus entre les bords postérieurs des deux os ; partout ailleurs on voit simplement une sorte de bourrelet fibreux, muni de quelques franges, limitant sur le trapèze comme sur le métacarpien, la surface articulaire postérieure : la capsule déchirée au moment du traumatisme qui date de six mois, s'est ensuite atrophiée au niveau des points rompus. Enfin, dans ce cas, l'extrémité métacarpienne remonte de 1 à 2 centimètres sur la face postérieure du trapèze ; elle ne va pas jusqu'à la styloïde radiale, sans doute parce que la partie antérieure de la capsule l'en empêche.

Cette observation est particulièrement intéressante, par ce fait qu'elle est en opposition avec les données classiques. On disait jusqu'alors : la luxation complète donne rupture de la capsule en avant et tension simple en arrière, où la rupture n'est possible que si le traumatisme est considérable. Dans le cas de notre malade, on voit au contraire la luxation complète provoquée par un trauma d'intensité moyenne (sculpteur frappant sur le manche d'un ciseau avec son éminence thénar), portant uniquement sur l'articulation trapézo-métacarpienne et amenant cependant déchirure de la capsule en arrière, alors qu'elle reste intacte en avant.

Telles sont les données nouvelles qu'il nous est possible d'apporter dans l'étude anatomo-pathologique de la luxation trapézo-métacarpienne ; s'agit-il d'un cas anormal, ou bien les lésions observées sur le cadavre par Girard diffèrent-elles sensiblement de celles qui se produisent sur le vivant ? L'avenir, en apportant de nouveaux faits, pourra seul résoudre cette intéressante question.

SYMPTOMES, COMPLICATIONS, PRONOSTIC

1° Symptômes.

Que la luxation soit directe ou indirecte, complète ou incomplète, postérieure ou externe, le malade raconte d'ordinaire qu'il a ressenti une violente *douleur* au niveau de la partie supérieure de l'éminence thénar et qu'il a perçu un *craquement*. Après l'accident, il y a le plus souvent impotence fonctionnelle de la main, bien que parfois le blessé ait pu continuer à vaquer à ses occupations. S'il tarde à se faire examiner, un *gonflement,* léger dans certains cas, considérable dans d'autres où on l'a vu envahir le poignet et même la partie inférieure de l'avant bras, rendra plus difficile l'examen de la partie atteinte : les déformations seront atténuées ou complètement masquées, l'examen des mouvements un peu plus délicat.

Ces réserves faites, entamons maintenant la description symptomatique, en l'exposant successivement dans les luxations en arrière incomplètes et complètes et dans les luxations en dehors.

A. — *Luxation postérieure incomplète. L'inspection* montre de suite une saillie au niveau de la partie inférieure de la tabatière anatomique ; cette saillie, d'ordinaire peu élevée (5 à 6 mm.), fait qu'il y a, entre le bord externe de la main et celui du poignet, un ressaut brusque au lieu d'une douce courbure.

Le pouce et le métacarpien sont habituellement en flexion et adduction légères ; on a la sensation que le premier métarcapien est devenu parallèle aux quatre autres.

Du côté palmaire, il y a un léger aplatissement de l'éminence thénar, mais le moindre gonflement fait vite disparaître ce symptôme.

La palpation montre, au niveau de l'articulation lésée, une douleur qui s'exaspère si l'on imprime des mouvements à la jointure. La saillie est dure, manifestement osseuse, et en continuité évidente avec le métacarpien ; si on presse sur elle assez fortement, elle disparaît et on perçoit un craquemeut rude, articulaire ; enlève-t-on le doigt, elle reparaît aussitôt. On peut aussi l'atténuer de façon très accentuée en portant le pouce en abduction ; le même bruit articulaire est alors perçu.

La douleur rend très pénibles et de ce fait presque nuls les *mouvements spontanés* du métacarpien. Quant aux *mouvements provoqués*, ils sont ou impossibles ou très faibles pour l'extension, plus nets mais cependant assez vite limités pour l'adduction, la flexion, l'abduction et l'opposition. Il est à noter que la flexion augmente le déplacement.

Il est facile d'imprimer un mouvement de rotation au métacarpien, mais cette constatation est très douloureuse et le plus souvent inutile.

Si on mesure la distance qui sépare la pointe de la styloïde radiale de l'extrémité du pouce, on constate qu'il n'y a pas de raccourcissement du côté malade, ce qui était facile à prévoir, puisque les surfaces articulaires sont restées en contact.

B. — *Luxation postérieure complète.* Dans ce cas le métacarpien est fléchi sur le carpe et, d'ordinaire, le pouce l'est sur le métacarpien. La saillie osseuse est cette fois considérable et l'aplatissement thénarien des plus nets ; le doigt enfonce à ce niveau dans une cavité causée par la fuite du métacarpien. Les mouvements sont les mêmes que dans la luxation incomplète, mais encore plus limités et il est souvent difficile de faire disparaître la saillie osseuse par la simple pression digitale.

La mensuration accuse un raccourcissement de un à deux centimètres, variable suivant les cas. On peut d'ordinaire accentuer ce raccourcissement en repoussant le métacarpien de bas en haut, ce qui constitue un signe pathognomonique de la luxation complète.

C. — *Luxation en dehors.* Les signes sont les mêmes que dans la luxation postérieure, à cette différence près que la saillie est franchement externe et qu'il n'y aurait pas de raccourcissement, même lorsque la luxation est complète (Chancel).

2° *Complications.*

On n'a jamais décrit jusqu'ici de lésion de l'artère radiale.

L'arthrite trapézo-métacarpienne avec ankylose a été observée dans plusieurs cas, mais peut-on vraiment la considérer comme une complication ? Citons la *fracture de l'extrémité métacarpienne* (cas de Destot cité par Chancel).

Mais à notre avis la véritable complication est la *récidive,* qui, difficile à éviter dans beaucoup de cas, est toujours à craindre et constitue le véritable écueil dans le traitement des luxations trapézo-métacarpiennes.

3° *Pronostic.*

Le pronostic est, en général, favorable ; la réduction est d'ordinaire des plus faciles, même longtemps après l'accident et c'est seulement dans le cas de lésions très anciennes ou très complexes qu'elle a pu échouer. D'ailleurs, même lorsque la réduction n'est pas faite, le malade arrive souvent à recupérer la plus grande partie des mouvements.

Mais, disons-le encore une fois, la luxation se reproduit souvent avec une déconcertante facilité et exige donc des soins très attentifs après sa réduction.

Dans les deux observations que nous apportons, c'est cette facilité à la récidive qui a finalement conduit à l'intervention chirurgicale.

DIAGNOSTIC

Deux diagnostics sont à faire : celui de la luxation, celui de sa variété.

Le diagnostic de la luxation est des plus faciles et, s'il est des cas où il reste ignoré, c'est surtout parce qu'on peut ne pas penser à la lésion à cause de sa rareté.

Confondre avec une tumeur blanche de l'articulation est impossible, étant donnée la marche différente des deux affections. On ne pourra pas non plus croire à une luxation du pouce en arrière ou à une fracture de l'extrémité inférieure du radius, car les lésions siègent alors bien loin de notre article.

Une entorse externe radio-carpienne ou une entorse trapézo-métacarpienne ne peuvent être un sujet d'erreur que si le gonflement est considérable ; et cette erreur disparaîtra vite et par l'examen approfondi de la région et par la diminution de l'œdème.

Un seul diagnostic présente de l'intérêt, c'est celui qu'on peut avoir à faire avec la *fracture de l'extrémité supérieure du premier métacarpien* ; mais, le siège n'est pas exactement le même, la crépitation

est osseuse, les mouvements ne sont guère limités et il y en a d'anormaux, la saillie angulaire que peuvent former en arrière les deux fragments ne ressemble pas à celle que nous avons étudiée, et enfin, la mensuration de la distance qui sépare les articulations trapézo-métacarpienne et métacarpo-phalangienne, indique un raccourcissement de l'os du côté atteint.

La question peut être plus complexe si, comme dans le cas de Destot, il y a à la fois déboîtement et fracture limitée. Mais alors il nous reste une ressource, l'épreuve radiographique, qui précisera de façon certaine tout diagnostic hésitant ou incomplet.

Lorsqu'on se sait en présence d'une luxation trapézo-métacarpienne, c'est encore la radiographie qui vérifie le diagnostic de variété ; vérification souvent inutile, car la saillie a d'ordinaire déjà dit, de par sa situation si la luxation est externe ou postérieure, de par son volume si elle est incomplète ou complète, ce dernier cas étant de plus marqué par un raccourcissement.

TRAITEMENT

Deux choses sont à étudier dans le traitement des luxations trapézo-métacarpiennes : leur réduction, la manière de maintenir cette réduction. La réduction est facile, nous la décrirons rapidement ; son maintien est difficile, aussi nous nous y arrêterons plus longuement pour terminer par l'exposé de la méthode sanglante, applicable dans certains cas.

A. — *Réduction.* a). *Luxation incomplète.* — Il suffit de presser directement sur la saillie métacarpienne pour la voir aussitôt disparaître et reprendre sa place normale.

b). *Luxation complète.* — On procède de la façon suivante : tandis qu'un aide exerce une traction sur le pouce, le chirurgien entoure de ses mains le poignet du blessé et vient, avec ses deux pouces réunis, exercer de haut en bas une pression sur l'extrémité métacarpienne, qui se trouve ainsi amenée au niveau de la surface articulaire dont elle était séparée.

B. — *Maintien de la réduction.* — Rien ne prouve mieux sa difficulté que la multiplicité des moyens

employés, mais on peut, somme toute, les classer en deux catégories ; ils agissent :

1° Soit par une attitude spéciale du pouce (action indirecte) ;

2° Soit par une pression au niveau de la face postéro-externe de l'extrémité métacarpienne (action directe).

Les premiers sont peu nombreux, parce que peu satisfaisants. Jarjavay employait l'extension forcée du pouce et du métacarpien, mais il ne pouvait persister dans ce traitement mal supporté par les malades. Tillaux maintenait le pouce en abduction, mais il avait soin de dire qu'on devait au besoin exercer une pression continue sur le métacarpien à l'aide d'une bandelette de sparadrap.

Plus nombreuses sont les méthodes agissant directement sur le métacarpien. Boyer, Malgaigne, Nélaton mettaient, à la face postérieure de cet os, une compresse longuette, au-dessous de laquelle ils fixaient une attelle en bois par quelques tours de bande. Bérard se servait d'une compresse pliée en plusieurs doubles et maintenue par un appareil dextriné.

On emploie maintenant de préférence un appareil plâtré, ainsi que le conseillent Blum dans sa *Chirurgie de la main* et Cahier dans le *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.*

Cet appareil revêt la forme d'une petite gouttière plâtrée embrassant, soit la moitié externe de la main et du poignet, soit le dos de la main en respectant en

grande partie la face palmaire ; il s'arrête en haut à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la styloïde radiale, en bas à la naissance des phalanges des doigts du milieu ; le pouce y est presque entièrement contenu : il est dans la rectitude et dans une position intermédiaire à l'adduction et à l'abduction.

On opérera la réduction avant la pose de l'appareil, mais on aura soin de faire maintenir par un aide une traction sur le pouce pendant qu'on appliquera le plâtre ; ensuite, on exercera une pression sur l'extrémité supérieure du métacarpien jusqu'à dessication complète. On peut aussi placer en contact avec l'os un petit morceau de liège qui, recouvert par l'appareil, maintiendra la coaptation des surfaces. Ce plâtre sera laissé pendant une quinzaine de jours et on fera suivre sa disparition de quelques séances de mobilisation et de massage.

On obtiendra avec ce traitement d'excellents résultats dans la grande majorité des cas ; cependant, dans les deux observations personnelles que nous apportons, il y a eu récidive. Devons-nous pour cela incriminer la méthode ? Certainement non, mais nous avons eu affaire à deux sculpteurs, qui s'étaient luxés le métacarpien en frappant sur leur burin avec l'éminence thénar et la récidive s'est produite de façon identique : le métier qu'exerçaient les malades aurait donc, dans ces cas, aidé à la tendance naturelle qu'a cette luxation à se reproduire. Continuer à réappliquer sans cesse des appareils plâtrés eut certainement été inutile, surtout chez l'un d'eux où la luxa-

tion apparaissait et disparaissait au moindre mouvement, véritable articulation de polichinelle dans le sens antéro-postérieur ; c'est ainsi qu'on a été amené à songer à l'intervention chirurgicale, la suture trapézo-métacarpienne, qui, dans les deux cas, a amené d'excellents résultats.

Il nous reste maintenant à décrire l'opération telle que nous l'avons vue pratiquer à deux reprises, par M. René Lemaître, interne des hôpitaux.

L'incision, longue de 4 à 5 centimètres, est faite suivant le grand axe de la tabatière anatomique et descend sur le dos du métacarpien, de façon à correspondre par son milieu à l'interligne articulaire. La peau et l'aponévrose dorsale incisées, on récline, en dedans le tendon du long extenseur, en dehors ceux du long abducteur et du court extenseur ; plus profondément, on trouve l'artère radiale : on peut la récliner en dedans, mais elle gêne et le plus simple est de, carrément, la sectionner pour la lier ensuite ; puis on dénude avec soin toute la face dorsale de l'articulation et, si l'appareil ligamenteux est intact, on l'incise pour pénétrer largement dans l'articulation. On gratte alors avec soin, à l'aide d'une petite curette, les surfaces articulaires de façon à hâter la production de la future ankylose. Il ne reste plus qu'à unir les deux os à l'aide d'un fil d'argent fin ; un seul point de suture est suffisant ; on le placera de sorte qu'il réponde à la partie moyenne de la face dorsale de l'articulation. Ensuite, suture des plans superficiels et pansement compressif, dans lequel on intro-

duit une petite attelle ouatée allant de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce à la styloïde radiale. Ce pansement est renouvelé au bout de huit jours et on enlève alors les crins et l'attelle ; trois semaines après l'opération, tout pansement est supprimé.

Les résultats obtenus par cette intervention sont excellents ; les deux malades qui l'ont subie ont eu pendant un certain temps une légère gêne dans les mouvements d'opposition du pouce, mais elle a complètement disparu dans la suite (les articulations voisines venant sans doute suppléer à la jointure absente), et seule la cicatrice est là pour affirmer l'acte opératoire.

Il est bien évident qu'il est loin de notre pensée de conseiller la suture trapézo-métacarpienne comme traitement de toutes les luxations de cette articulation ; mais, il nous semble que dans les cas où la réduction ne sera pas obtenue de façon définitive après un séjour de deux semaines dans un appareil platré, on n'aura que bénéfice à recourir au bistouri.

OBSERVATIONS

Chancel a publié, dans sa thèse de juillet 1904, trente observations de luxations trapézo-métacarpiennes. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à cette excellente étude, jugeant inutile de reproduire des observations déjà collectées.

Nous apportons cinq observations, l'une publiée par Salètes en 1885, l'autre par Trouillet en 1894, les trois autres inédites ; nous devons l'une d'elles à l'amabilité de notre ami M. le Dr Iselin, Chef de clinique adjoint à l'hôpital Necker, que nous tenons à remercier à ce sujet de façon toute particulière ; les deux autres nous sont personnelles, mais c'est notre camarade René Lemaître qui nous a signalé les malades et nous a ainsi permis de recueillir leur histoire.

OBSERVATION I

Trouillet, Dauphiné médical, 1894, p. 133. Luxation postérieure complète droite.

Notre blessé reçoit le 4 février 1893 un choc relativement peu violent sur l'extrémité du pouce fléchi de la main droite. Immédiatement, il ressent une douleur excessivement vive au niveau

de l'articulation trapézo-métacarpienne, avec irradiation le long du doigt jusqu'à son extrémité. Saillie anormale du métacarpien sur le trapèze. Impossibilité à peu près absolue des mouvements, raccourcissement. Le diagnostic est simple ; la réduction est obtenue en pressant directement sur la saillie formée par le premier métacarpien déplacé, pendant que l'on exerce une légère traction sur le pouce. Un morceau de zinc entouré de coton maintient en place l'extrémité métacarpienne. Le pouce est fixé en abduction par un bandage ouaté qui retient le zinc également en bonne situation ; au bout de huit jours, choc accidentel sur le doigt : la luxation se reproduit, la douleur intense se manifeste de nouveau. Nouvelle réduction. Immobilisation, cette fois dans un bandage silicaté. Au bout de douze jours, ablation du bandage ; après une courte période, massage ; le pouce et la main ont recupéré toute leur force. Bientôt le malade fait du gymnase et de l'escrime sans être, le moins du monde, incommodé.

OBSERVATION II (Résumée).

Salètes. Archives de médecine militaire, 1885. Tome VI, page 436.
Luxation postérieure complète droite.

A la suite d'une chute sur la paume des mains, dans laquelle la main droite heurte la bordure de pierre d'une marche d'escalier, la malade ressent une douleur vive au niveau du poignet et ne peut plus faire aucun mouvement de flexion ou d'extension ; rapidement, un gonflement assez accentué apparaît.

A l'examen, on trouve un raccourcissement très prononcé dans la longueur du premier métacarpien et du pouce ; impossibilité dans les mouvements de l'articulation métacarpo-trapézienne ; le premier métacarpien est légèrement fléchi ; le pouce, contrai-

rement à la flexion notée par les auteurs, présente une extension exagérée ; douleur vive, gonflement assez notable de la région lésée ; saillie considérable et facilement appréciable sous les doigts, de l'extrémité supérieure du premier métacarpien sur la face dorsale de la main, au-dessus du trapèze : épanchement considérable de sang.

La luxation est facilement réduite par traction légère dans l'axe du segment de la main avec pression sur la tête luxée ; bruit de réduction ; disparition immédiate de la saillie osseuse ; la douleur semble calmée. Pendant neuf jours, on laisse la main dans un appareil contentif composé d'une planchette palmaire bien garnie et de tampons d'ouate appuyant sur l'articulation. Le malade s'en va guéri.

OBSERVATION III

Inédite. Nous a été communiquée par M. le Dr Iselin. Luxation externe incomplète droite.

M. R..., 48 ans, demeurant rue d'Alésia, se présente à la consultation de la Salpétrière en novembre 1904.

Chute le 10 octobre, de sa hauteur. Il se reçoit sur la main droite, le pouce en abduction portant le premier ; il le sent tourner et perçoit un craquement ; gonflement, douleur ; le malade veut recommencer à travailler, mais cela lui est impossible.

L'inspection montre un gonflement au niveau de l'éminence thénar et la saillie de la tête métacarpienne. A la palpation, on trouve l'éminence thénar tendue à sa base ; son volume latéral est augmenté d'environ un centimètre. Au niveau de la tabatière anatomique, il existe une encoche, due à la saillie métacarpienne, haute d'un centimètre environ. Le métacarpien est dévié en

arrière et en dehors et a subi une rotation faisant que la pulpe du pouce regarde légèrement en dedans.

Pas de raccourcissement. Le tendon du long abducteur du pouce est soulevé par la saillie. Les mouvements sont gênés, surtout l'opposition qui, impossible avec les deux derniers doigts, est difficile avec les deux autres. L'abduction est très limitée. Le malade est atteint d'une anesthésie générale totale (sensorielle et sensitive) : hystéro-traumatisme d'après le Professeur Raymond.

Radiographie. — Sur la radiographie on ne constate pas immédiatement la luxation. La base du métacarpien ne paraît pas faire une saillie plus grande que celle du côté opposé ; cependant, on est frappé par la différence d'aspect des deux métacarpiens ; la base du métacarpien luxé apparaît deux fois plus épaisse que celle de l'autre et ceci s'explique par un mouvement de torsion du pouce, qui nous présente le métacarpien de profil alors que du côté gauche nous le voyons de dos. Cette rotation est rendue manifeste par ce fait que les deux sésamoïdes sont visibles, alors que du côté sain on ne peut en voir qu'un.

L'examen radiographique accuse donc une luxation incomplète en arrière et en dehors, produite par la torsion du métacarpien. On tente la réduction par traction et propulsion directe du métacarpien ; on n'obtient aucun résultat. On propose au malade l'arthrotomie, mais il refuse, s'en va et depuis n'a pas été revu.

OBSERVATION IV (personnelle).

Nous devons à l'obligeance de notre excellent ami R. Lemaître d'avoir pu examiner ce malade et assister à son opération.

Luxation postérieure complète droite récidivante. — Suture trapézo-métacarpienne. — Guérison.

M. H..., âgé de 35 ans, sculpteur vient à la consultation de l'hospice d'Ivry, service de M. Rochard.

Trois mois auparavant, en frappant sur un burin avec l'éminence thénar droite, geste des plus coutumiers chez lui, ainsi que le prouve la présence d'un durillon en cette partie de la main, il ressentit une violente douleur et vit apparaître une saillie au niveau de la tabatière anatomique ; il ne put continuer son travail.

Un médecin examina la lésion, réduisit la saillie osseuse et appliqua un plâtre ; quinze jours après, l'appareil fut enlevé, et, au bout d'une semaine, le malade, n'éprouvant plus qu'une gêne insignifiante, reprit ses travaux ; le jour même, et toujours par la même cause, récidive de la lésion. Le même traitement fut à nouveau appliqué, mais cette fois ci sans résultat, car depuis l'enlèvement de l'appareil, le moindre choc, la moindre pression font réapparaître la saillie osseuse qui aurait même manifestement augmenté de volume. Il y a une gêne fonctionnelle très prononcée ; c'est ce qui amène le malade à l'hôpital. Il présente au niveau de la tabatière anatomique une saillie osseuse considérable, qui fait nettement partie du métacarpien ; à part l'extension, tous les mouvements sont possibles, quoique limités : c'est à peine s'ils occasionnent une légère douleur. Il y a dépression accusée de l'éminence thénar et la mensuration de l'espace séparant la styloïde radiale de l'extrémité du pouce montre un raccourcissement d'un demi-centimètre que l'on augmente légèrement en repoussant le métacarpien en haut. Il s'agit manifestement d'une luxation trapézo-métacarpienne postérieure complète qui, d'après les données du malade sur le volume primitif bien moindre de la saillie osseuse, a d'abord dû être incomplète.

Une simple pression sur l'extrémité métacarpienne réduit la luxation, mais le malade, en déprimant son éminence thénar, la fait vite réapparaître, le tout avec la plus grande facilité et sans la moindre douleur.

Appliquer un troisième appareil plâtré paraît inutile, car, en

admettant qu'on puisse obtenir une guérison momentanée, il semble évident que la cause de la lésion et de sa première récidive ne se fera pas faute de la reproduire encore.

C'est alors qu'on songe à l'intervention chirurgicale ; elle est pratiquée par M. René Lemaître le 26 novembre. Il trouve une capsule intacte, mais très lâche; à l'ouverture de l'article, une petite quantité de liquide s'écoule ; les surfaces articulaires étant grattées et un point de suture trapézo-métacarpien posé, on recoud la peau et le pansement est appliqué suivant les règles énoncées plus haut. Les fils sont enlevés le huitième jour. Un mois après l'opération, le malade, qui a conservé seulement une gêne très légère de l'opposition, reprend son travail.

Revu par nous ces temps derniers (octobre 1904), il nous a dit n'avoir plus que le souvenir de sa lésion : les mouvements sont absolument normaux et les chocs répétés sur le burin n'amènent aucune douleur.

OBSERVATION V (personnelle).

C'est encore à notre ami M. René Lemaître que nous sommes redevable d'avoir pu examiner et suivre ce malade.

Luxation postérieure complète droite récidivante. Suture trapézo-métacarpienne. Guérison.

M. L..., âgé de 28 ans, sculpteur, entre à l'hôpital Tenon, service de M. Lejars, fin juillet 1903.

Six mois auparavant, il a, comme le malade précédent, ressenti une violente douleur à la suite d'un choc, pourtant habituel chez lui, de l'éminence thénarienne droite sur le burin.

Une grosse saillie est apparue à la partie externe du dos de la

main. La douleur, extrêmement vive, empêche tout mouvement. Un médecin voit la lésion et fait disparaître la saillie en tirant fortement sur le pouce ; il applique ensuite un bandage contenant une attelle de bois ; ce bandage est enlevé au bout de 10 jours et, lorsque, quatre semaines après l'accident, le malade reprend son travail, les mouvements sont encore un peu gênés et douloureux. Il évite d'abord de frapper de la même façon qu'autrefois sur son burin, mais cette habitude lui revient vite, et au bout d'une huitaine de jours, la lésion réapparaît. On pose cette fois un appareil plâtré qu'on laisse trois semaines ; lorsqu'on l'ôte, le malade semble guéri, mais ce n'est encore que temporaire : il a en effet repris son travail depuis quelques jours, lorsqu'à nouveau la lésion se reproduit, et, depuis lors, elle est, de même, réapparue plusieurs fois.

L'examen montre les mêmes symptômes que chez le précédent malade, avec cette différence que le raccourcissement est de 2 centimètres et que la réduction est assez difficile et très douloureuse.

M. René Lemaître pratique la suture trapézo-métacarpienne et, cette fois, il trouve la partie postérieure de la capsule complètement détruite : le malade sort guéri au bout de trois semaines. Revu en novembre 1904, il a, depuis son départ de l'hôpital, travaillé sans avoir eu à se plaindre de la moindre douleur. Tous les mouvements du pouce sont parfaits.

CONCLUSIONS

1° L'articulation trapézo-métacarpienne est une articulation par emboîtement réciproque, dont les mouvements sont étendus.

2° Les luxations sont rares : la littérature médicale n'en contient actuellement que trente-cinq cas.

3° Elles se font presque toujours en arrière ; il y a néanmoins trois cas de luxation en dehors.

4° Leur diagnostic est en général très facile ; cependant, il devra autant que possible être contrôlé par l'examen radiographique.

5° Le pronostic serait des plus favorables si la récidive n'était pas à craindre.

6° La réduction est facile ; on doit, pour la maintenir, appliquer un petit appareil plâtré.

7° Toutefois, il est certains cas où la récidive se produit malgré les soins les plus attentifs. L'intervention chirurgicale est alors indiquée ; elle consistera à unir le trapèze au métacarpien, après grattage préalable des surfaces articulaires.

Vu : le Président de la thèse,
BERGER

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANDREWS (Edm.). — Encyclopédie internat. de chir. Paris, 1885.

BEGUIN. — Nouv. éléments de chirurg. et de méd. opérat. Paris, 1838.

BLUM. — Chirurgie de la main. Paris, 1882.

BÉRARD. — Gazette des hôpitaux, 45, p. 242.

BOYER CITOYEN (Leçons du). — Sur les maladies des os rédigées par Auth Richeraud. Paris an XI, 1803.

BOYER BARON. — Traité des maladies chirurgicales, IVe édition. Paris, 1831.

BOURGUET. — Revue médico-chirurgicale, t. XVI, p. 93, 1853.

CAHIER. — Traité de chirurg. Le Dentu-Delbet. Tome III, page 215.

CARAYON. — Thèse Paris, 1872.

CARETTE. — Thèse Paris, 1894. Luxation trapézo-métacarpienne.

CALLISEN. — Œuvres. Edition de 1800.

CELSE. — Trad. de Charles des Etangs, livre VIII, p. 18.

CHANCEL. — Thèse Paris, 1904. La luxation trapézo-métacarpienne.

COOPER (A.). — Traduction de Chassaignac et Richelot. Paris, 1857.

COOPER SAMUEL. — Dictionnaire de chirurg. pratique. Traduction, Paris, 1826.

CRUVEILHIER. — Anatomie descriptive.

DU VERNEY. — Traité des maladies des os, 1751.

E. FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe. Paris, 1869.

FOUCHER. — Diagnostic des maladies chirurg., 66-69.

GEGENBAUR. — Anatomie descriptive.

GERIN (ROZE). — Bullet. de la Soc. anat., 2e série, t. III, p. 266, 1858,

GILLETTE. — Clinique chirurgic. des Hôp. de Paris, 1877, p. 38.

GIRARD (A.). — Thèse Paris, 1884.

HAMILTON. — Fract. et luxat. Trad. Poinsot. Paris, 1884.

HIPPOCRATE. — Œuvres complètes, chap, XXIX et XXX, p. 139 et 161. Traduction de Littré.

KŒNIG (Frantz). — Trad. de Comte, Paris, 1890.

MALGAIGNE. — Traité des fract. et des luxat. Paris, 1855.

MANNE. — Traité élément. des mal. des os. Toulon, 1789.

NÉLATON. — Eléments de Patholog. chirurg. Paris, 1874.

NÉLATON (Ch.). — Traité de chir. Duplay et Reclus. Tome III, p. 127.

PARÉ (A.). — Œuvres, Edition Malgaigne. T. XIV, chap. XXIX.

PELLERIN. — Thèse Paris, 64.

PETIT (J.-L.). — Traité des mal. des os, 1772. Edition de 1837, chap. X, p. 78.

POIRIER. — Anatomie descriptive.

POIRIER. — Quinze leçons d'anatomie.

POLAILLON. — Dict. de médec. et de chirurg. Art. main.

ROSE (W.). — Chir. anatomique, 2e édit. franç, Paris, 1872.

SALÈTES. — Archives de médecine militaire, 1885. Tome VI, page 436.

SAPPEY. — Anatomie descriptive.

SAUREL. — Traité de chir. nasale. Paris, 1861.

TESTUT. — Anatomie descriptive.

TILLAUX. — Chirurgie clinique.

TILLAUX. — Anatomie topographique.

TROUILLET. — Dauphiné médical, 1894, p. 133.

VERDUC LAURENT. — La manière de guérir par le moyen des bandages les fractures et les luxations qui arrivent au corps humain, 1712.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.